

FAX：058-264-6848

申込日  
令和8年 月 日

## 受講申込書

【令和8年度喀痰吸引等研修（第1号・第2号）】

【免除コース】

## 【ご注意】

①FAXもしくはメールにてお申込み下さい。

②原則応募チラシの「募集対象者・要件」に該当される方のみ、お申込み下さい。


③受講料はSMBCより請求書がご自宅又は勤務先へ届きますのでお振込みをお願いします。

また、開講2週間前のキャンセルまたは受講途中に受講を取り止めた場合は、受講料のご返却はできませんのでご承知下さい。

免除コースをご希望の場合は【免除コース】に○をつけて下さい。  
先着順で受け付け致します。定員になり次第締め切ります。

法人名			
事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号			emailアドレス：
FAX番号			
申込ご担当者			役職名
受講者(1)	フリガナ		役職名
	氏名		
	生年月日：西暦	年 月 日	経験年数
受講者(2)	フリガナ		役職名
	氏名		
	生年月日：西暦	年 月 日	経験年数
受講者(3)	フリガナ		役職名
	氏名		
	生年月日：西暦	年 月 日	経験年数

※ご提供頂きました個人情報、プライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、上記目的以外に使用しません。

申込QRコード	
---------	---

【お問合せ先】 公益財団法人介護労働安定センター岐阜支部  
喀痰吸引等研修担当  
〒500-8113  
岐阜市金園町1丁目3番地の3クリスタルビル2階  
TEL：058-264-6846 FAX：058-264-6848

センター受付